

Dr. Michael Knapp

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen möchten.

Viele Menschen haben gesundheitliche Probleme. Diese können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre vollständige und sorgfältige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und Ihre Behandlung optimal zu gestalten.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden STRENG VERTRAULICH behandelt.

Patient/in

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Arbeitgeber
Straße	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftlich

Versicherte/r

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Arbeitgeber
Straße	PLZ	Ort	Tel. privat	Tel. geschäftlich

Privatversicherung 0 beihilfeberechtigt 0 Basistarif 0 Zusatzversicherung

Handy-und/ oder E-Mail Adresse _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bitte beantworten Sie folgende allgemeinmedizinische Fragen:

Haben Sie einen Medikationsplan? Ja Oja O nein

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z. B. ASS / Marcumar?

Haben Sie einen Allergiepass?

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja, zu welchen?

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

-Atemwegserkrankungen

- Zustand nach Schlaganfall

- Nierenerkrankungen

- Lebererkrankungen

- Magen-/Darmerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)

- Blutungsneigung

- rheumatische Erkrankungen

- Infektionserkrankungen(z.B. AIDS, HIV, Tuberkolose, Hepatitis)

- Haben Sie einen Herzpass? O ja O nein

- Ist bei Ihnen vor zahnärztlichen Eingriffen eine antibiotische Abschlammung nötig? O ja O nein

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie folgende Herz-/ Kreislaufferkrankungen?

- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

- Herzrhythmusstörungen

- Angina Pectoris

- Zustand nach Herzinfarkt

-hoher / niedriger Blutdruck

- chronische Erkrankungen _____

- Herzklappenoperation / Herzfehler

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Mundsituation:
Grund Ihres Zahnarztbesuchs in unserer Praxis:

Kontrolluntersuchung Beratung Zahnfleischprobleme Zahnschmerzen

Sonstiges: _____

Patientenwunsch: _____

Was stört Sie persönlich an Ihren Zähnen (Ästhetik, Optik, Handhabung), unabhängig von Ihrem aktuellen Problem:

Ja Nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind Röntgenbilder Ihrer Zähne vorhanden?

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch?
Wenn ja, welche?

Hatten Sie eine Verletzung an der Halswirbelsäule, des Gesichts?

Hatten Sie eine Verletzung der Kiefer, der Kiefergelenke?

Haben oder hatten Sie Probleme / Schmerzen beim Mundöffnen?

Haben oder hatten Sie Probleme/ Schmerzen beim Kauen?

Bemerken Sie Zähneknirschen (evtl. nachts)?

Haben oder hatten Sie Geräusche oder Probleme bei Mundbewegungen?

Kiefergelenkknacken Kiefergelenkklemme Kiefergelenk-Reiben

Bemerken Sie Verspannungen Ihrer Kiefergelenksmuskulatur?

Bemerken Sie Verspannungen Ihrer Nackenmuskulatur?

Haben Sie häufig Kopfschmerzen / Migräne?

Bemerken Sie Ohrgeräusche (z.B. Tinnitus), wenn ja, welcher Art? _____

Rauchen Sie regelmäßig?

Wieviele Zigaretten rauchen Sie ca. pro Tag? _____ seit wann _____

Für Frauen

Sind sie schwanger, wenn ja in welchem Monat? _____

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie Ihren Termin pünktlich einzuhalten und diesen bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen für den Ausfall entstandene Kosten in Rechnung stellen.
(Amtsgericht Fulda (Az. 34 C 120/02/D), 16.05.2002)

Fulda, den 17. August 2017